

VISITA DOMICILIARIA

Encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del equipo de salud, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos.

Sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: **biológico, psicológico, social y ambiental**, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos.

La visita domiciliaria es la **actividad básica del modelo de atención integral - MAIS**. Por medio de ella se realiza un intercambio de información entre la familia y el equipo de salud del primer nivel.

En esta actividad se tiene la oportunidad de **conocer la situación familiar, el ambiente familiar, el ambiente físico y sus recursos**. Para tal efecto se utiliza como instrumento la **Ficha Familiar**, el cual debe ser llenado conforme la información obtenida de la familia.

VISITA DOMICILIARIA

CLASIFICACIÓN

- **Visita Primera:** En la primera visita, debe encuestar y diagnosticar a todo el grupo familiar, dar asistencia a cada miembro de la familia, caracterización y clasificación de la familia en base al riesgo. Se elabora el plan de seguimiento y se establecen las visitas de seguimiento por prioridad.



- **Visita de Seguimiento:** En las visitas subsecuentes, se actualizan datos, se brinda atención integral. Mínimo se debe realizar tres actividades por visita.

Actividades a realizar:

- Diagnosticar los riesgos para la salud.
- Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y rehabilitación.
- Realizar un enfoque psicosocial.
- Estudiar los riesgos en el contexto familiar, analizando las repercusiones sobre la familia, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y función familiar.
- Evaluar los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad.
- Realizar el diagnóstico, decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico familiar y de las visitas domiciliarias programadas.

VISITA DOMICILIARIA

Actividades a realizar:

- Realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada.
- **Evaluar** con un examen integral de cada persona independiente de su estado de salud con un abordaje al individuo biológica, psicológica y socialmente, lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías: **aparentemente sano, con factores de riesgo, con patologías crónicas, y con deficiencias/discapacidades.**
- **Intervenir** con medidas al individuo para promover la salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad.
- **Seguimiento**, como un proceso continuo, donde se producen ajustes sistemáticos de la atención y las intervenciones, en dependencia de las variaciones en el estado de salud/enfermedad individual y la respuesta a las medidas previamente aplicadas

VISITA DOMICILIARIA

Actividades a realizar:

- Realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada.
- **Evaluar** con un examen integral de cada persona independiente de su estado de salud con un abordaje al individuo biológica, psicológica y socialmente, lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías: **aparentemente sano, con factores de riesgo, con patologías crónicas, y con deficiencias/discapacidades.**
- **Intervenir** con medidas al individuo para promover la salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad.
- **Seguimiento**, como un proceso continuo, donde se producen ajustes sistemáticos de la atención y las intervenciones, en dependencia de las variaciones en el estado de salud/enfermedad individual y la respuesta a las medidas previamente aplicadas



Aparentemente sano (GRUPO I): No manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan mediante el interrogatorio o la exploración alteraciones que modifiquen este riesgo.

Con riesgo (GRUPO II): Personas en las que se comprueba o refieren padecer alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o largo plazo. En este caso se refiere a hábitos tóxicos como el tabaquismo, sedentarismo, consumo anormal de bebidas alcohólicas; riesgos sociales: de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida, etc.

Con patologías (GRUPO III): Todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida. (Ejemplo: a HTA, DM, Cardiopatía isquémica, obesidad, epilepsia, y muchas otras)

Con deficiencia, discapacidad o secuela (GRUPO IV): Alguna alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas. **DEFICIENCIA:** Pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. **DISCAPACIDAD:** Toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal.



VISITA DOMICILIARIA

Seguimiento

Con el **GRUPO I** incluye un interrogatorio y un examen físico minuciosos, incluso la indicación de exámenes complementarios (si así se considera), en busca de características de riesgo o daño. Al mismo tiempo este encuentro debe aprovecharse para orientar o reforzar hábitos y conductas que favorezcan un estilo de vida saludable.

GRUPO II: deben ser evaluadas según el tipo y la magnitud del riesgo presente, y la confluencia o no de múltiples factores que puedan constituir una amenaza para su salud. (Riesgo alto o riesgo bajo – dependiendo de la característica de cada individuo)

GRUPO III: sometidos a mayores variaciones en las estrategias y la frecuencia de evaluación y seguimiento, teniendo en cuenta la amplia variedad de posibilidades o situaciones que pueden presentarse a partir de criterios de magnitud y severidad.

GRUPO IV: el seguimiento no será el mismo en una persona que padece una limitación motora por un trauma desde pequeño y que no ha visto afectado su desempeño profesional ni social, que en un sujeto con una discapacidad reciente e invalidante y que, independientemente de su edad, se percibe una afectación irreversible en su desempeño ante la familia y la sociedad. **La evaluación en coordinación con el especialista tratante.**

VISITA DOMICILIARIA

NÚMERO DE VISITAS POR SEGUIMIENTO Y GRUPO

GRUPO I: 1 visita de seguimiento al año a las familias que tengan todos sus integrantes en este grupo I **aparentemente sano**. (Promoción y prevención)

GRUPO II: 2 visita de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo II con factores de riesgo. (Promoción, prevención, curación, rehabilitación)

GRUPO III: 3 visitas de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo III con patologías crónicas. (Promoción, prevención, curación, rehabilitación)

GRUPO IV: 4 visitas de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo IV con secuela o discapacidad. (Promoción, prevención, curación, rehabilitación)



VISITA DOMICILIARIA

CRITERIOS PARA LA PRIORIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA:

Criterio socio económico: mayor pobreza o pobreza extrema.

Criterio epidemiológico: Se clasifica en familia con base a los riesgos de salud, considerando aspectos del ciclo de vida familiar, factores endémicos y epidémicos de las enfermedades infectocontagiosas, factores de discapacidad e invalidez, enfermedades ocupacionales, necesidades de atención del enfermo terminal y seguimiento en el hogar de pacientes que no requieren hospitalización.

Criterio demográfico: Los distintos grupos poblacionales. Los menores de 5 años son los más vulnerables, y entre este grupo, los menores de 1 año, siendo aún más susceptibles a enfermar los menores de 1 mes. Los adultos mayores en situación de dependencia, sola o abandonada.

Criterio administrativo: está relacionado con los recursos disponibles (técnicos, humanos, materiales y financieros), que redundan en todo caso, con el aumento de la cobertura según la demanda real del servicio de salud, con base a las necesidades y riesgos del grupo familiar.



VISITA DOMICILIARIA

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS FAMILIAS:

El criterio epidemiológico es el que prevalece por encima de los restantes para la selección de la familia para la visita domiciliaria.

Criterio epidemiológico: : para la visita domiciliaria se considera la magnitud del daño en cuanto a la morbilidad, mortalidad y discapacidad o invalidez; el riesgo de exposición del individuo; la vulnerabilidad y el grado de dependencia o capacidad para enfrentar o resolver las necesidades de salud.

Criterio SOCIOECONÓMICO: se considera igualmente, los estratos socioeconómicos.

Criterio demográfico: está relacionado con la estabilidad del domicilio de las familias, es decir, aquellas que hayan permanecido **entre tres y cinco años en un mismo sector.**

Criterio administrativo: tomo en cuenta la disponibilidad de recursos con que cuentan las visitas domiciliarias: personal, transporte, recursos de la comunidad y los propios del hogar, además de los servicios de apoyo a la visita.

VISITA DOMICILIARIA

ETAPAS DE LA VISITA DOMICILIARIA

- 1. Preparación de la visita:** antes de acudir al domicilio, se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita con la familia, para hacer un mejor uso del tiempo.
- 2. Presentación del domicilio:** la presentación a la familia es fundamental, así cómo decir de qué institución proviene, sobre todo cuando la visita es por primera vez.
- 3. VALORACIÓN:** es muy difícil realizar una valoración completa a los miembros y al grupo familiar en la primera visita, pero ésta se podrá complementar en las visitas sucesivas, y dan la oportunidad, además, de afianzar las relaciones con la familia.
- 4. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS:** Aquí se deben tener en cuenta 3 aspectos
 - Establecer los objetivos que hay que alcanzar a corto, mediano y largo plazo, los cuales han de ser realistas, pertinentes, mensurables y observables.
 - Establecer acuerdos o pactos con la familia.
 - Identificar y movilizar los recursos disponibles

VISITA DOMICILIARIA

ETAPAS DE LA VISITA DOMICILIARIA

5. Ejecución de cuidados: éstos pueden ser los cuidados profesionales directos, dirigidos a las personas que lo necesiten y los cuidados profesionales indirectos, que son aquellos que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

6. Evaluación de la visita: sirve para continuar o modificar la planificación de los cuidados, detectar las dificultades, revisar los objetivos y planificar otros nuevos.

7. Registro de la visita: una vez realizada la visita, se procederá al registro de la misma: sintomatología, cambios observados, cuidados, medicación prescrita y administrada, fecha de la próxima visita, entre otros elementos en la ficha familiar.

VISITA DOMICILIARIA

PASOS PARA REALIZAR LA VISITA DOMICILIARIA

1. Salir a realizar la Visita Domiciliaria, previo llenado de hoja de desplazamiento
2. Llevar la programación de Visitas Domiciliarias junto con las Fichas.
3. El rendimiento promedio de visita será de 30 a 40 minutos.
4. El mínimo de visitas será de 5 diarias en el nivel urbano y 3 en el nivel rural.
5. Una visita domiciliaria será considerada efectiva cuando el equipo integral de salud realiza un mínimo de tres actividades por familia. (Actividades para evitar, controlar o eliminar riesgo biológico, sanitario y socioeconómico).
6. Queda a criterio del equipo de salud, realizar el número de visitas, de acuerdo a la prioridad, actividades a desarrollar durante la visita, ubicación geográfica.
7. El equipo de salud realizará un informe semanal y mensual de visitas realizadas.
8. El reporte de las actividades realizadas debe hacerse preferiblemente en el hogar, realizando anotaciones en la Ficha de Control individual al paciente que lo amerite, de las acciones realizadas, los compromisos efectuados y las referencias correspondientes.
9. Diariamente informará a los demás miembros del equipo de las situaciones especiales encontradas.
10. Diariamente informará a los demás miembros del equipo de las situaciones especiales encontradas.
11. El equipo de salud mantendrá continuamente el croquis actualizado, con los riesgos, problemas de salud y de servicios de salud, para ser rápidamente identificados.
12. El equipo de salud mantendrá una coordinación con grupo, comités organizados, instituciones, etc, de la comunidad.

PREGUNTA

El personal de enfermería que labora en un centro de salud de atención primaria, realiza visitas domiciliarias a María de 14 años, la cual se encuentra en estado de gestación, esto ha desencadenado conflictos familiares. El personal de enfermería ha analizado los objetivos de la visita y detectado dificultades que ponen en riesgo el bienestar de la adolescente. Por tanto, requieren planificar los cuidados y modificar los objetivos. ¿Qué etapa de la visita domiciliaria describe este caso?

Respuestas:

- Presentación.
- Preparación.
- Valoración
- Evaluación.

PREGUNTA

El personal de enfermería que labora en un centro de salud de atención primaria, realiza visitas domiciliarias a María de 14 años, la cual se encuentra en estado de gestación, esto ha desencadenado conflictos familiares. El personal de enfermería ha analizado los objetivos de la visita y detectado dificultades que ponen en riesgo el bienestar de la adolescente. Por tanto, requieren replanificar los cuidados y modificar los objetivos. ¿Qué etapa de la visita domiciliaria describe este caso?

Respuestas:

- Presentación.
- Preparación.
- Valoración
- **Evaluación.**



PREGUNTA

La visita domiciliaria es la actividad básica del Modelo de Atención Integral - MAIS. Por medio de ella se realiza un intercambio de información entre la familia y el equipo de salud del primer nivel. En esta actividad se tiene la oportunidad de conocer la situación familiar, el ambiente familiar, el ambiente físico y sus recursos. ¿Cuáles son los criterios para la priorización de la visita domiciliaria?

Respuestas:

- Criterio socioeconómico, criterio epidemiológico, criterio demográfico, criterio administrativo.
- Criterio epistemológico, criterio socioeconómico, criterio demográfico, criterio administrativo.
- Criterio de familias con adultos mayores de 80 años, criterio de personas que viven solas o sin familias, criterio de personas que no pueden desplazarse al centro de salud, criterio de familias con enfermos graves o con discapacidad.
- Criterio de atención a la población que no pueda desplazarse al centro de salud, criterio de información, educación y apoyo al enfermo y su familia, criterio de facilitar la prevención primaria, secundaria y terciaria, criterio de unificar la calidad de atención de todos los profesionales implicados.



PREGUNTA

La visita domiciliaria es la actividad básica del Modelo de Atención Integral - MAIS. Por medio de ella se realiza un intercambio de información entre la familia y el equipo de salud del primer nivel. En esta actividad se tiene la oportunidad de conocer la situación familiar, el ambiente familiar, el ambiente físico y sus recursos. ¿Cuáles son los criterios para la priorización de la visita domiciliaria?

Respuestas:

- Criterio socioeconómico, criterio epidemiológico, criterio demográfico, criterio administrativo.

- Criterio epistemológico, criterio socioeconómico, criterio demográfico, criterio administrativo.
- Criterio de familias con adultos mayores de 80 años, criterio de personas que viven solas o sin familias, criterio de personas que no pueden desplazarse al centro de salud, criterio de familias con enfermos graves o con discapacidad.
- Criterio de atención a la población que no pueda desplazarse al centro de salud, criterio de información, educación y apoyo al enfermo y su familia, criterio de facilitar la prevención primaria, secundaria y terciaria, criterio de unificar la calidad de atención de todos los profesionales implicados.

FAMILIOGRAMA

Se define al familiograma como instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual esta cursando la familia en un momento determinado.

También conocido como **genograma o árbol familiar**, es una herramienta gráfica que consiste en una representación sistemática y estructural de las relaciones familiares de una persona.

Dicho de otro modo, es un esquema gráfico que refleja el **contexto familiar de un individuo** indicando quiénes son sus integrantes y cómo se vinculan entre sí.

Se detallan la estructura familiar **de al menos tres generaciones** y toda la información clave sobre sus miembros y su historia, así como su fecha de nacimiento, sus enfermedades, sus profesiones y sus patrones de conducta.

FAMILIOGRAMA

SIMBOLOGÍA

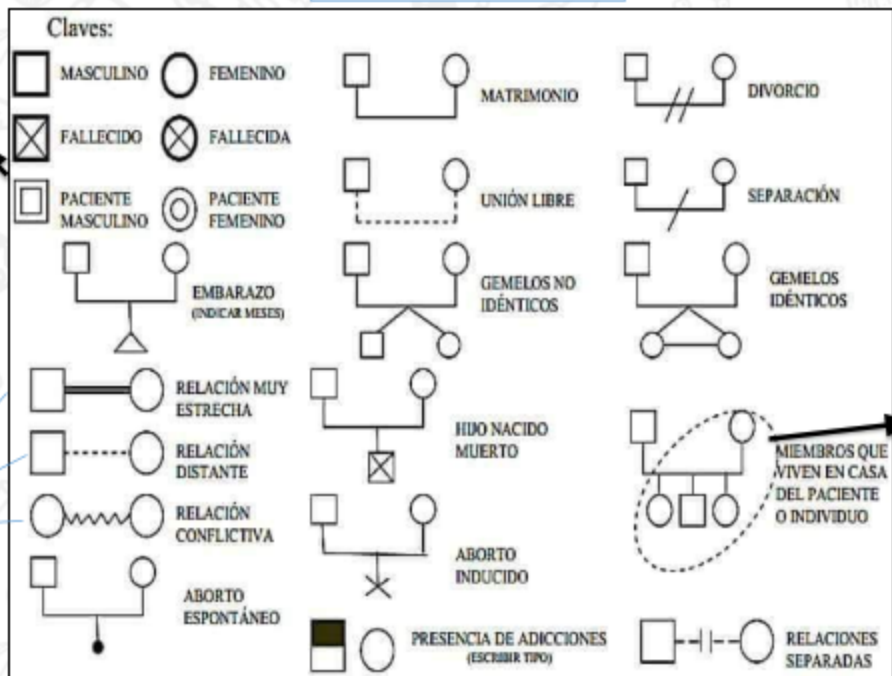
Los hijos se colocan de izquierda a derecha, mayor a menor. Por cada relación.

Si el cuadro o círculo se duplica es la persona o paciente principal

Si dentro de un **cuadro** **esta un círculo** se refiere a individuos homo sexuales, trans, etc.

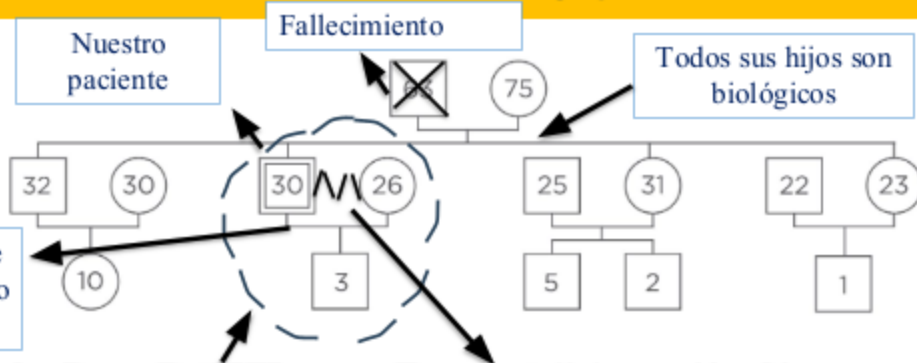


Tipos de relación con los miembros



De aquí se puede determinar el tipo de familia: Nuclear, extensa etc.

FAMILIOGRAMA



Matrimonio legalmente
constituido, líneas no
continuas.

Circulo con línea continua, personas que comparten el hogar. Esta hogar sería FAMILIA NUCLEAR: 1 padre, 1 madre, 1 hijo.

Relación conflictiva, líneas en zig-zag .

Este ejemplo sería de un tipo de **familia EXTENSA O AMPLIADA:** 1 padre, 1 madre, 1 hijo, 1 abuelo.

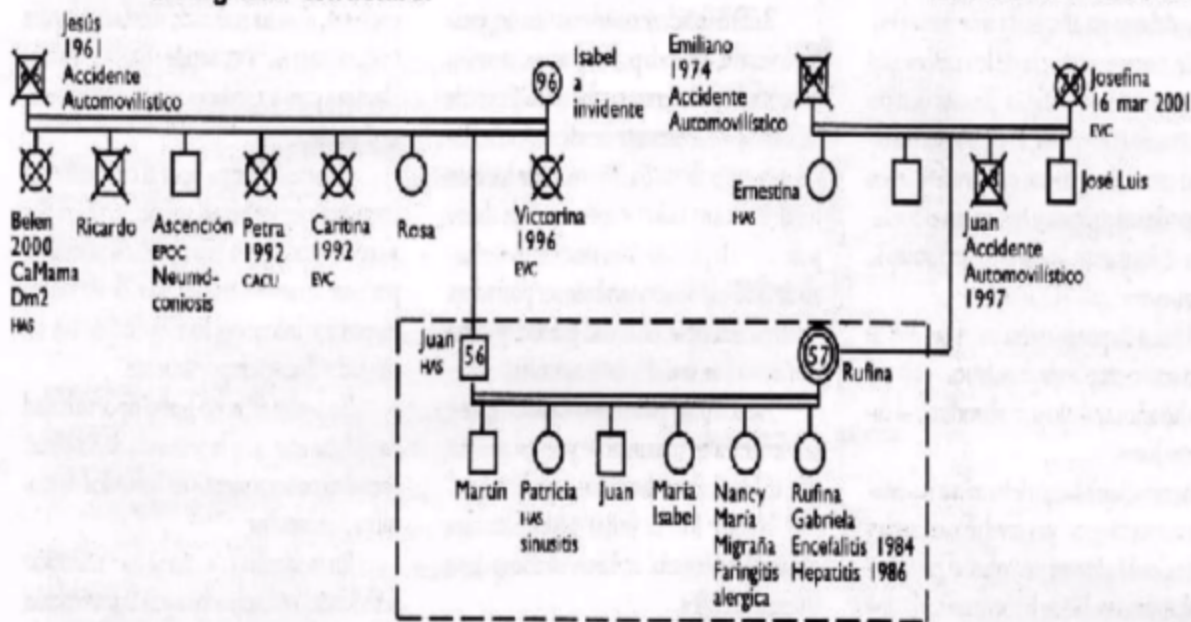


FAMILIOGRAMA

Genograma estructural

Familia G.A.

Fecha de estudio 28 marzo, 2001



FICHA FAMILIAR

Es un instrumento de archivo de la unidad, para lo cual debe destinarse el espacio respectivo dentro del área de estadística. Este instrumento **no reemplaza a la historia clínica individual**, es un complemento.

Es un instrumento esencial del MAIS-FCI que nos permite vigilar el estado de salud de la población sus necesidades y desarrollar las mejores políticas de salud para garantizar la prestación de servicios sanitarios.

Tiene dos objetivos fundamentales:

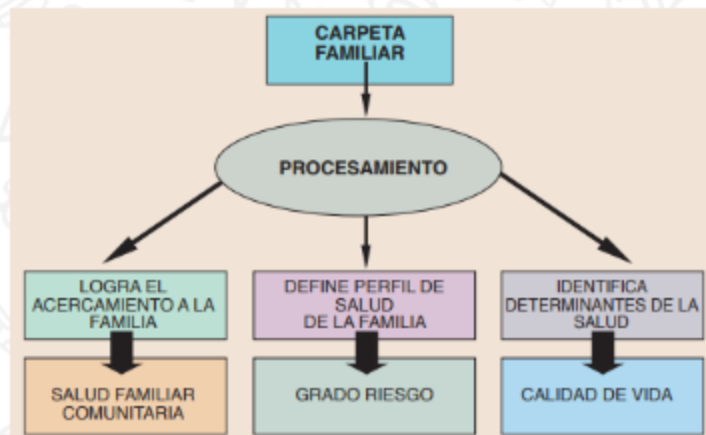
- **Medir de las condiciones de vida**
- **Medir los determinantes sociales de salud**



FICHA FAMILIAR

La apertura de la ficha familiar y la primera consulta, permiten conocer la realidad social de la comunidad, clasificar a la población en grupos de riesgo, realizar un diagnóstico de salud a nivel local y establecer prioridades en la atención; fortalece la estrategia del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, permite el desarrollo de actividades de promoción y prevención e incrementa el acceso a los servicios de salud.

Analizamos y aplicamos la información recabada de la siguiente manera:



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO UD		ÁREA N°		CÓDIGO LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE FAMILIA		FICHA	
MSP		Centro de Salud N° 1						PRIMARIA Centro Primario		CUATRO Quito		CINCO Pichincha	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		SECTOR		MANZANA		# DE FAMILIA		DIRECCIÓN E HISTORIA DE LA FAMILIA (CALLES O REFERENCIA)	
Pichincha		Quito		Centro Histórico		24 de Mayo		1		1		Ambato Ce 381 y Guayaquil	
SABIDO		NÚMERO DE CASA		CONDOMINIO		GRUPO CULTURAL		NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA		NÚMERO DE TELÉFONO		FECHA DE LLENADO	
24 de Mayo		Ce 381						Roca Guzmán (Informante)		(09) 050-1769		4/13/2020	

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA		
LATITUD	LONGITUD	ALTITUD

LLENADO EJEMPLO:

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD														ACTUALIZAR LOS DATOS CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARPETA					
GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRE	PARIENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION	SEXO		ESCOLARIDAD						EDUCACIÓN COMPLETADA (AÑOS)		SALUD BUCAL		RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE CONSULTA DE ODONTOLÓGICA
					H	M	SR	BS	BCH	SUP	ESP	SI	NO	SI	NO				
MENOR 1 AÑO																			
	Zarate Guzmán María	Hija	9/15/2016			X								X	X	Imunizaciones Incompletas	S/N	S/N	
1 - 4 AÑOS																			
	Zarate Guzmán Gustavo	Hijo	1/9/2014	Ninguna	X									X	X	Imunizaciones Incompletas	S/N	S/N	
5 - 9 AÑOS																			
	Zarate Guzmán Margarita	Hija	8/27/2008	Estudiante		X								X	X	Imunizaciones Incompletas	S/N	S/N	
10 - 19 AÑOS																			
	Zarate Luis	Jefe	4/30/1978	Albañil	X		X							X	X	Alcoholismo	S/N	1701223381	
20 - 64 AÑOS	Guzmán Rosa	Esposa	10/6/1976	Comerciante Informal		X	X							X	X	Violencia Intrafamiliar	S/N	1509534111	
	Guzmán José	Suagro	5/19/1950	Comerciante Informal	X		X							X	X	Sin controles médicos	S/N	1798521344	
65 AÑOS Y MÁS																			
TOTAL					3	3	3	0	0	0	0	0	0	6	0	6			



**Hoja
Continua +**

1

FICHA FAMILIAR

LLENADO EJEMPLO:

GRUPO	APellidos y NOMBRE	FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	FECHA PROBABLE DEL PARTO	EXAMEN DE ULTRASONIDO	DADOS DE VACUNACIÓN ET			ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS				ANTECEDENTES PATOLOGICOS OTRAS ENFERMEDADES
					PRIMERA	SEGUNDA	REFUGIO	SEGUNDA	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	
EMBARAZADA	NO											

3 MORTALIDAD FAMILIAR				INDICAR SOLO LOS FALLECIDOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS
NOMBRE	FECHA DE MUERTE	CAUSA DE LA MUERTE	CAUSA	
No fallece				

4 RESPONSABLE DEL LLENADO		
NOMBRE Y APELLIDO	CÓDIGO	Firma
Lic. JP	2365	Lic. JP

FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS

**Hoja
CULMINA**

1



5 CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR

GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACION																			
		4/13/2023																			
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE:		0= SIN RIESGO 1= RIESGO MUY BAJO 2= RIESGO BAJO 3= RIESGO MODERADO 4= RIESGO ALTO																			
A	1 PERSONAS CON VIGILANCIA INCOMPLETA				0																
	2 PERSONAS CON MALNUTRICION SOBREPESO O DESNUTRICION				2																
	3 PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO				0																
	4 UNIPAZARAS CON PROBLEMAS				0																
	5 PERSONAS CON DISCAPACIDAD				3																
	6 PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES				3																
B	7 CONSUMO DE AGUA INSEGURA				1																
	8 MALA ELIMINACION DE BASURA Y EXCRETAS				1																
	9 MALA ELIMINACION DE DESECHOS LIQUIDOS				0																
	10 IMPACTO ECOLOGICO POR INDUSTRIAS				0																
	11 ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS				1																
C	12 POBREZA				4																
	13 DESEMPEÑO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA				4																
	14 ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE				1																
	15 DESESTRUCTURACION FAMILIAR				3																
	16 VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCION				4																
	17 MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA				4																
	18 HACENDAMIENTO				4																
	NIVEL DE RIESGO TOTAL		SIN RIESGO	BAJO	MODERADO	ALTO	35	SIN RIESGO	BAJO	MODERADO	ALTO	0	SIN RIESGO	BAJO	MODERADO	ALTO	0	SIN RIESGO	BAJO	MODERADO	ALTO
CALIFICACION POR GRUPO DE RIESGO: 0= SIN RIESGO 1= RIESGO MUY BAJO 2= RIESGO BAJO 3= RIESGO MODERADO 4= RIESGO ALTO																					
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO TOTAL:		0= SIN RIESGO 1-14= RIESGO BAJO 15-34= RIESGO MODERADO 35-72= RIESGO ALTO																			
RESPONSABLE DE LA CALIFICACION		Lic. JP																			

D:

RIESGOS TOTAL

0: sin riesgo

1-14: muy bajo

15-34: medio

35-72: alto



LLENADO EJEMPLO:

FICHA FAMILIAR

6 EVOLUCION DE LA GESTION DEL RIESGO FAMILIAR

RIESGO		ACTIVIDADES PROGRAMADAS		EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS					
FECHA DE ANALISIS	NUMERO	COMPROMISO DE LA FAMILIA	COMPROMISO DEL EQUIPO DE SALUD	FECHA DE EVALUACION	SI CUMPLE	NO CUMPLE	PENDIENTE	CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES	RESPUESTA SLZ
13-abr-20	1	Asistir al Centro de Salud N° 1 para crear la historia clínica para los integrantes de la familia	Brindar atención sanitaria a grupos vulnerables.	4/16/2020	X			Cada integrante de la familia posee una historia clínica	Lic. JP
17-abr-20	2	Asistir a las consultas programadas	Completar el esquema de vacunación atrasado, realizar controles de salud, facilitar el consumo de Chiapas	4/18/2020	X			Se completó el esquema de vacunación en los niños de 4 y 6	
			Brindar charlas de hábitos de higiene y manejo de desechos domiciliarios		X			Se educó a la familia sobre hábitos de higiene	
			Referir al Centro Tres Manos, para asesoría jurídica sobre Violencia Intrafamiliar		X			Se refirió al Centro Tres Manos, para asesoría jurídica	
17/05/202	3	Permanecer en la casa para la visita: 9:00 am	Visita domiciliar para constatar los avances en la familia						

CE
Centro d

PLS MAP 10/2/2005 4/2005 5/2005 6/2005 7/2005 8/2005 9/2005 10/2005 11/2005 12/2005 1/2006 2/2006 3/2006 4/2006 5/2006 6/2006 7/2006 8/2006 9/2006 10/2006 11/2006 12/2006 1/2007 2/2007 3/2007 4/2007 5/2007 6/2007 7/2007 8/2007 9/2007 10/2007 11/2007 12/2007 1/2008 2/2008 3/2008 4/2008 5/2008 6/2008 7/2008 8/2008 9/2008 10/2008 11/2008 12/2008 1/2009 2/2009 3/2009 4/2009 5/2009 6/2009 7/2009 8/2009 9/2009 10/2009 11/2009 12/2009 1/2010 2/2010 3/2010 4/2010 5/2010 6/2010 7/2010 8/2010 9/2010 10/2010 11/2010 12/2010 1/2011 2/2011 3/2011 4/2011 5/2011 6/2011 7/2011 8/2011 9/2011 10/2011 11/2011 12/2011 1/2012 2/2012 3/2012 4/2012 5/2012 6/2012 7/2012 8/2012 9/2012 10/2012 11/2012 12/2012 1/2013 2/2013 3/2013 4/2013 5/2013 6/2013 7/2013 8/2013 9/2013 10/2013 11/2013 12/2013 1/2014 2/2014 3/2014 4/2014 5/2014 6/2014 7/2014 8/2014 9/2014 10/2014 11/2014 12/2014 1/2015 2/2015 3/2015 4/2015 5/2015 6/2015 7/2015 8/2015 9/2015 10/2015 11/2015 12/2015 1/2016 2/2016 3/2016 4/2016 5/2016 6/2016 7/2016 8/2016 9/2016 10/2016 11/2016 12/2016 1/2017 2/2017 3/2017 4/2017 5/2017 6/2017 7/2017 8/2017 9/2017 10/2017 11/2017 12/2017 1/2018 2/2018 3/2018 4/2018 5/2018 6/2018 7/2018 8/2018 9/2018 10/2018 11/2018 12/2018 1/2019 2/2019 3/2019 4/2019 5/2019 6/2019 7/2019 8/2019 9/2019 10/2019 11/2019 12/2019 1/2020 2/2020 3/2020 4/2020 5/2020 6/2020 7/2020 8/2020 9/2020 10/2020 11/2020 12/2020 1/2021 2/2021 3/2021 4/2021 5/2021 6/2021 7/2021 8/2021 9/2021 10/2021 11/2021 12/2021 1/2022 2/2022 3/2022 4/2022 5/2022 6/2022 7/2022 8/2022 9/2022 10/2022 11/2022 12/2022 1/2023 2/2023 3/2023 4/2023 5/2023 6/2023 7/2023 8/2023 9/2023 10/2023 11/2023 12/2023 1/2024 2/2024 3/2024 4/2024 5/2024 6/2024 7/2024 8/2024 9/2024 10/2024 11/2024 12/2024 1/2025 2/2025 3/2025 4/2025 5/2025 6/2025 7/2025 8/2025 9/2025 10/2025 11/2025 12/2025 1/2026 2/2026 3/2026 4/2026 5/2026 6/2026 7/2026 8/2026 9/2026 10/2026 11/2026 12/2026 1/2027 2/2027 3/2027 4/2027 5/2027 6/2027 7/2027 8/2027 9/2027 10/2027 11/2027 12/2027 1/2028 2/2028 3/2028 4/2028 5/2028 6/2028 7/2028 8/2028 9/2028 10/2028 11/2028 12/2028 1/2029 2/2029 3/2029 4/2029 5/2029 6/2029 7/2029 8/2029 9/2029 10/2029 11/2029 12/2029 1/2030 2/2030 3/2030 4/2030 5/2030 6/2030 7/2030 8/2030 9/2030 10/2030 11/2030 12/2030 1/2031 2/2031 3/2031 4/2031 5/2031 6/2031 7/2031 8/2031 9/2031 10/2031 11/2031 12/2031 1/2032 2/2032 3/2032 4/2032 5/2032 6/2032 7/2032 8/2032 9/2032 10/2032 11/2032 12/2032 1/2033 2/2033 3/2033 4/2033 5/2033 6/2033 7/2033 8/2033 9/2033 10/2033 11/2033 12/2033 1/2034 2/2034 3/2034 4/2034 5/2034 6/2034 7/2034 8/2034 9/2034 10/2034 11/2034 12/2034 1/2035 2/2035 3/2035 4/2035 5/2035 6/2035 7/2035 8/2035 9/2035 10/2035 11/2035 12/2035 1/2036 2/2036 3/2036 4/2036 5/2036 6/2036 7/2036 8/2036 9/2036 10/2036 11/2036 12/2036 1/2037 2/2037 3/2037 4/2037 5/2037 6/2037 7/2037 8/2037 9/2037 10/2037 11/2037 12/2037 1/2038 2/2038 3/2038 4/2038 5/2038 6/2038 7/2038 8/2038 9/2038 10/2038 11/2038 12/2038 1/2039 2/2039 3/2039 4/2039 5/2039 6/2039 7/2039 8/2039 9/2039 10/2039 11/2039 12/2039 1/2040 2/2040 3/2040 4/2040 5/2040 6/2040 7/2040 8/2040 9/2040 10/2040 11/2040 12/2040 1/2041 2/2041 3/2041 4/2041 5/2041 6/2041 7/2041 8/2041 9/2041 10/2041 11/2041 12/2041 1/2042 2/2042 3/2042 4/2042 5/2042 6/2042 7/2042 8/2042 9/2042 10/2042 11/2042 12/2042 1/2043 2/2043 3/2043 4/2043 5/2043 6/2043 7/2043 8/2043 9/2043 10/2043 11/2043 12/2043 1/2044 2/2044 3/2044 4/2044 5/2044 6/2044 7/2044 8/2044 9/2044 10/2044 11/2044 12/2044 1/2045 2/2045 3/2045 4/2045 5/2045 6/2045 7/2045 8/2045 9/2045 10/2045 11/2045 12/2045 1/2046 2/2046 3/2046 4/2046 5/2046 6/2046 7/2046 8/2046 9/2046 10/2046 11/2046 12/2046 1/2047 2/2047 3/2047 4/2047 5/2047 6/2047 7/2047 8/2047 9/2047 10/2047 11/2047 12/2047 1/2048 2/2048 3/2048 4/2048 5/2048 6/2048 7/2048 8/2048 9/2048 10/2048 11/2048 12/2048 1/2049 2/2049 3/2049 4/2049 5/2049 6/2049 7/2049 8/2049 9/2049 10/2049 11/2049 12/2049 1/2050 2/2050 3/2050 4/2050 5/2050 6/2050 7/2050 8/2050 9/2050 10/2050 11/2050 12/2050 1/2051 2/2051 3/2051 4/2051 5/2051 6/2051 7/2051 8/2051 9/2051 10/2051 11/2051 12/2051 1/2052 2/205

9 CONTAMINACION AMBIENTAL		
FECHA DE INFORME	TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCION	CAUSAS DE LA CONTAMINACION
	Ninguno	

10 LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO
Nota: Cuando se prefiera enviar los residuos a un sitio fuera de los EE.UU.

Línea discontinua

FICHA FAMILIAR - FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACION

PREGUNTA

Seleccione el instrumento que permite vigilar el estado de salud de la población, sus necesidades y desarrollar política para garantizar los servicios de salud.

Respuestas:

- Diagnóstico dinámico.
- Mapa parlante.
- Historia clínica
- Ficha familiar.

PREGUNTA

Seleccione el instrumento que permite vigilar el estado de salud de la población, sus necesidades y desarrollar política para garantizar los servicios de salud.

Respuestas:

- Diagnóstico dinámico.
- Mapa parlante.
- Historia clínica
- **Ficha familiar.**

PREGUNTA

La ficha familiar como instrumento esencial del MAIS-FCI, tiene dos objetivos fundamentales. Seleccione la opción que corresponde a uno de estos objetivos:

Respuestas:

- Elaborar el mapa de riesgo.
- Conocer el perfil epidemiológico.
- Medir las condiciones de vida.
- Clasificar las familias según el riesgo.

PREGUNTA

La ficha familiar como instrumento esencial del MAIS-FCI, tiene dos objetivos fundamentales. Seleccione la opción que corresponde a uno de estos objetivos:

Respuestas:

- Elaborar el mapa de riesgo.
- Conocer el perfil epidemiológico.
- **Medir las condiciones de vida.**
- Clasificar las familias según el riesgo.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD ASIS

Constituye una de las principales **herramientas** conceptuales y metodológicas para la implementación del MAIS con la participación de los actores sociales se construye desde lo local el diagnóstico y análisis de la realidad, la identificación de problemas de salud, las prioridades y los medios potenciales para transformar esos problemas a través de la construcción de Planes Locales de Salud (PLS).

Debe implementarse en cada establecimiento de salud del primer nivel de atención y es de responsabilidad directa del Administrador Técnico, los integrantes del equipo de salud y los actores comunitarios.

La Dirección Distrital consolida los diagnósticos situacionales de los establecimientos de salud de su ámbito de intervención y elabora el diagnóstico situacional distrital. **Actualización 1 vez al año**

Fases de aplicación

Primera fase: Producción del Diagnóstico Situacional.

Segunda fase: Conformación y/o fortalecimiento del Comité Local de Salud.

Tercera fase: Socialización y validación del Diagnóstico Situacional, identificación de los problemas y prioridades con los actores locales, elaboración participativa del Plan Local de Salud (PLS).

Cuarta fase: Implementación, acompañamiento y seguimiento del PLS.

Quinta fase: Actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. Evaluación y monitoreo de los resultados.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD ASIS

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Comprende el levantamiento organizado y participativo de la información, y el análisis de las determinantes sociales de la salud que son insumos para la identificación de problemas, prioridades que sirven para formular el Plan Local de Salud.

El levantamiento de la información en el DS implica la revisión de las fuentes documentales que contienen datos del territorio, así como el recoger información de actores clave de la población

El diagnóstico de la situación inicial de salud (DSIS) es el conjunto de aproximaciones a la explicación de la situación de salud – enfermedad de un espacio-población, según sus necesidades por condiciones de vida y los problemas de salud que se generan de las **realidades biológicas, sanitarias, sociales, económicas, demográficas, ambientales, culturales y de los servicios.**

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD ASIS

DIAGNOSTICO SITUACIONAL – ACTORES RESPONSABLES

Actores sociales: sujetos individuales o colectivos que desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los torna estratégicos en la construcción de un proceso, en este caso el de la construcción colectiva del DSIS.

Ej. Individuales: miembros de organizaciones de base comunitaria, líderes comunales, representantes institucionales, líderes religiosos, miembros de la comunidad con intereses en el campo de la salud, personas con discapacidad o sus representante

Ej. Colectivos: Representantes de Instituciones como los ministerios, u otras Instituciones que pueden ser públicos o privados, ONG, etc.

Actores Institucionales:

Sectoriales de Salud: Son los representantes o funcionarios del sector salud, se debe tomar en cuenta, tanto de los sectores públicos, como privados y sin fines de lucro.

Extra sectoriales: Representan a organizaciones sociales, con representación local pero que no realizan acciones de salud

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD ASIS

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – DESARROLLO

1. Informar a la población del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y de la realización del DS.
2. Realizar una revisión, haciendo una recopilación de la información que existe del medio
3. Elaboración del mapa de actores con el equipo de atención integral de salud, y con las (los) líderes comunitarios
4. Completar la información del DS con la aplicación de técnicas sociales cualitativas
5. Producción del documento de Diagnóstico Situacional que comprende la información y el análisis de la misma.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD ASIS

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – EJECUCIÓN

Momentos para la ejecución:

- a. **Asignación de la Población:** unidad geográfica-poblacional, espacio de población, priorización, características socio-demográficas, estructura económica y social; análisis de morbi-mortalidad, promoción, prevención; análisis de servicios de salud, participación social, regulación sanitaria.
- b. **Identificación de las necesidades y problemas de la población (demanda):** Características de los Problemas de salud, necesidades de salud (MAPA PARLANTE).
- c. **Identificación de la oferta de servicios de salud públicos y privados:** Organización, gestión, provisión y financiamiento; oferta y calidad de servicios.
- d. **Determinación de prioridades en base a los determinantes de salud y factores de riesgo-protectores:** Priorización de los problemas de salud, Selección de las causas de morbilidad, mortalidad y otras condiciones; uso de **MATRIZ DE PRIORIZACION**.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD ASIS

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

Resulta imposible abordar al mismo tiempo y con igual dedicación todos los problemas o requerimientos de una comunidad. Los **criterios** que deben ser utilizados para la **priorización** son:

Magnitud.– A cuantos afecta o involucra el problema

Frecuencia.– Cuántas veces se repite o presenta el problema

Gravedad.– Cuanto o en qué nivel compromete la salud individual, familiar o comunitaria

Factibilidad de cambio.– Condiciones políticas, socio-culturales y administrativo-organizativas que influyen en la resolución de problemas.

Técnica: Consiste en seleccionar un grupo de criterios y otorgarle un valor que puede ser **0, 1 o 2 para cada uno de los problemas analizados.**

A continuación se les mostrará un ejemplo:

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD ASIS

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN-EJEMPLO

Problema de salud o de servicio de salud	Magnitud	Frecuencia	Gravedad	Factibilidad de cambio	Valor Total
1. Mala calidad de agua en la comunidad de Tupi gachí	2	2	2	1	7
2. Alta prevalencia de Infecciones respiratorias agudas en niños	1	2	1	1	5

La puntuación **mayor, es decir, dos puntos**, se le otorga a: alta gravedad, alto número de casos (frecuencia) alta repercusión en la población, factibilidad de cambio de acuerdo a los recursos disponibles, tendencia ascendente, a cualquier indicador.

Los otros valores, es decir, **1 y 0**, se le otorgan a los que cumplan los requisitos **en parte o no lo cumplan**, respectivamente.

Cuando concluye esta operación, con todos los criterios y todos los problemas, **se suman los valores obtenidos para cada criterio con el fin de obtener la puntuación que corresponde a cada problema.**

A continuación los problemas se ubican, **comenzando por el de mayor puntuación y terminando por el de menor**, quedando organizados así por **orden de prioridad.**

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD ASIS

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

Una vez definidos los problemas priorizados, con amplia participación comunitarias, estos se integran hacia hipótesis diagnósticas mediante el análisis de la información pertinente, estableciendo entre ellos una correlación lógica y justificada.

La enumeración ordenada y unificada de los grupos relacionados de problemas conduce el pensamiento hacia diagnósticos situacionales. Las hipótesis dudosas o no confirmadas deben ser aclaradas mediante la recopilación de información estadística adicional.

El diagnóstico situacional orienta la formulación del plan de intervenciones diseñado para resolver los problemas planteados, aplicando la guía metodológica incluida en el conjunto de instrumentos operativos para el monitoreo y la evaluación que se encuentra en la planificación.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD ASIS

Socialización del Diagnóstico Situacional, Validación y elaboración del Plan Local de Salud

Fundamental el trabajo con la población



Los comités locales de salud (CLS) impulsarán la participación de la ciudadanía en las acciones encaminadas a mantener la salud, a modificar los determinantes de la salud y a efectuar acciones coordinadas con los equipos para intervenir en situaciones emergentes; esto conlleva desarrollar acciones de corresponsabilidad en la gestión de la salud.

Esta convocatoria debe comprender tres puntos principales: la información o socialización del DS, la identificación y priorización de problemas, y **del Comité Local de Salud que serán los responsables de formular y ejecutar el PLS.**

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD ASIS

ACTUALIZACIÓN EN BASE AL DIAGNÓSTICO DINÁMICO EN EL CONTEXTO DE LA SALA SITUACIONAL

Las condiciones sociales y el contexto de salud varían constantemente a lo largo del tiempo, y es una condición propia de la dinámica social.



Es necesario observar y medir los cambios que se producen a lo largo del tiempo, pero también porque es necesario observar los cambios que se generan con la aplicación del PLS, igualmente, de manera periódica.



Dar continuidad, sea una herramienta de uso obligatorio para el nuevo personal de salud.

DIAGNOSTICO DINAMICO

El objetivo del diagnostico dinámico es ir actualizando el diagnóstico situacional inicial en forma permanente, además de identificar oportunamente a los individuos y familias sanas y con posibles y potenciales riesgos, a los cuales mediante una planificación adecuada, se brindara intervenciones oportunas para el cuidado de su salud .

Se realiza a través de la siguiente información.

- Actualización del censo poblacional
- Mapeo de actores
- Mapa parlante

MAPEO DE ACTORES

El mapeo de actores permite **identificar a toda organización o individuo que incide en los objetivos de la institución**, un proyecto o una estrategia de intervención.

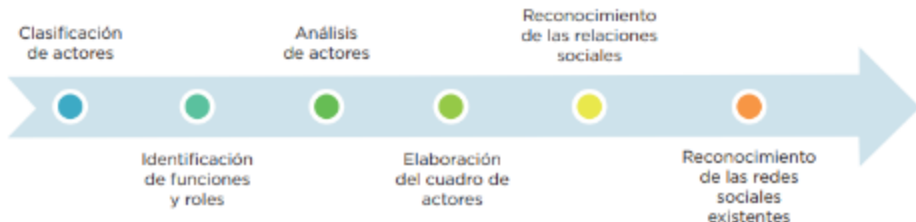
Contribuye a establecer relaciones entre los ciudadanos, la sociedad civil organizada, las instituciones estatales del nivel central y local, las instituciones privadas, las agencias de cooperación y sus implementadores en territorio y todo actor social que posibilite realizar un trabajo articulado

Se basa en:

1. Levantamiento de información de actores individuales y colectivos con su representatividad y finalidad
2. Clasificar los actores por las acciones y los objetivos de su participación
3. Identificar funciones y roles de cada autor
4. Análisis de actores: relaciones predominantes, jerarquización del poder
5. Relaciones sociales de los actores

MAPEO DE ACTORES

El trabajo de elaboración del mapeo de actores, durante su elaboración se cumplirán seis pasos:



En cada paso se irá completando el siguiente cuadro o matriz:

Grupo de actores sociales	Actor o representante	Rol/ función en el proyecto	Posible acción o intereses	Relación predominante	Jerarquización de poder

MAPEO DE ACTORES

PASO 1. Clasificación de actores

Descripción	Pasos	Posibles clasificaciones
Consiste en identificar las instituciones, grupos organizados o personas relevantes para las intervenciones. Resulta clave identificar de forma concreta a los posibles actores con los que se vincularán, qué tipo de relaciones se establecerán con ellos y cuál será el nivel de participación de cada uno.	• Reunir a un pequeño grupo de informantes con diferentes perspectivas y experiencias. • Lluvia de ideas para hacer un listado de los diferentes actores. • Clasificación por grupos de actores (<i>cluster</i>), para reconocer a los más importantes.	• Instituciones públicas (nacional, provincial o local) con incidencia en el territorio. • Instituciones privadas, empresas. • Organizaciones sin fines de lucro. • Organizaciones sociales. • Entidades religiosas. • Actores individuales vinculados a la salud.

En este paso, se llenarán las **dos primeras columnas** de la matriz de actores



Grupo de actores sociales	Actor o representante	Rol/ función en el proyecto	Posible acción o intereses	Relación predominante	Jerarquización de poder
Clasificación de los diferentes actores sociales existentes en el territorio de implementación de las actividades desarrolladas.	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta (Incluir nombre)				

MAPEO DE ACTORES

PASO 2. Identificación de funciones y roles de cada actor

Descripción

Reconocer las principales funciones de los actores respecto a la intervención; identificar las posibles acciones que podrían desarrollar los actores sociales e institucionales, perfilando una red de alianzas interinstitucionales en relación con la propuesta de intervención.

Pasos

- Reunir un pequeño grupo de informantes con diferentes perspectivas y experiencias.
- Reflexionar sobre los roles y acciones que cada actor tiene o podría tener.

En este paso, se llenarán **tercera y cuarta** columna de la matriz de actores



Grupo de actores sociales	Actor o representante	Rol/ función en el proyecto	Posible acción o intereses	Relación predominante	Jerarquización de poder
Clasificación de los diferentes actores sociales existentes en el territorio de implementación de las actividades desarrolladas	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta (Incluir nombre)	Funciones que desempeña cada actor y el objetivo que persigue con su accionar.	Cuáles serían sus intereses y sus acciones frente a esos intereses.		

Descripción	Pasos	Clasificaciones
Se busca realizar un análisis cualitativo de los diferentes actores de cara al proceso participativo iniciado. Se pueden adoptar dos categorías: a) relaciones predominantes entre los actores, con énfasis en el nivel de interés, y b) niveles de poder o influencia sobre otros actores.	• Reunir a un pequeño grupo de informantes con diferentes perspectivas y experiencias. • Reflexionar sobre el nivel de relacionamiento y las situaciones de poder de los actores en el territorio.	Relación predominante: Se refiere a las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto), en la conformación de la Red Pública y Complementaria en Salud. Se considera los siguientes aspectos: • A favor: predominan las relaciones de confianza y colaboración mutua. • Indeciso/indiferente: predominan las relaciones de afinidad, pero existe mayor incidencia de las relaciones antagónicas. • En contra: el predominio de relaciones es de conflicto. Jerarquización del poder Se define como la capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones que se emprendan con la intervención. Se consideran los siguientes niveles de poder: • Alto: predomina una alta influencia sobre los demás. • Medio: la influencia es medianamente aceptada. • Bajo: no hay influencia sobre los demás actores.

En este paso, se llenarán **la quinta y sexta** columna de la matriz de actores



Relación predominante	Jerarquización de poder
Nivel de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto)	Capacidad del actor de limitar o facilitar acciones
1. A favor	1. Alto
2. Indiferente	2. Medio
3. En contra	3. Bajo

MAPEO DE ACTORES

PASO 4. Elaboración del cuadro de actores

Descripción	Pasos
Se elabora un cuadro de doble entrada donde se ubica a los actores según su grado de poder (alto, medio, bajo) y su posición respecto a la propuesta de intervención (a favor, indiferentes y opuestos).	A partir de la matriz completa, se ubica en el cuadro a cada actor identificado de acuerdo con la relación predominante y la jerarquía de poder.

Se elabora el siguiente gráfico.

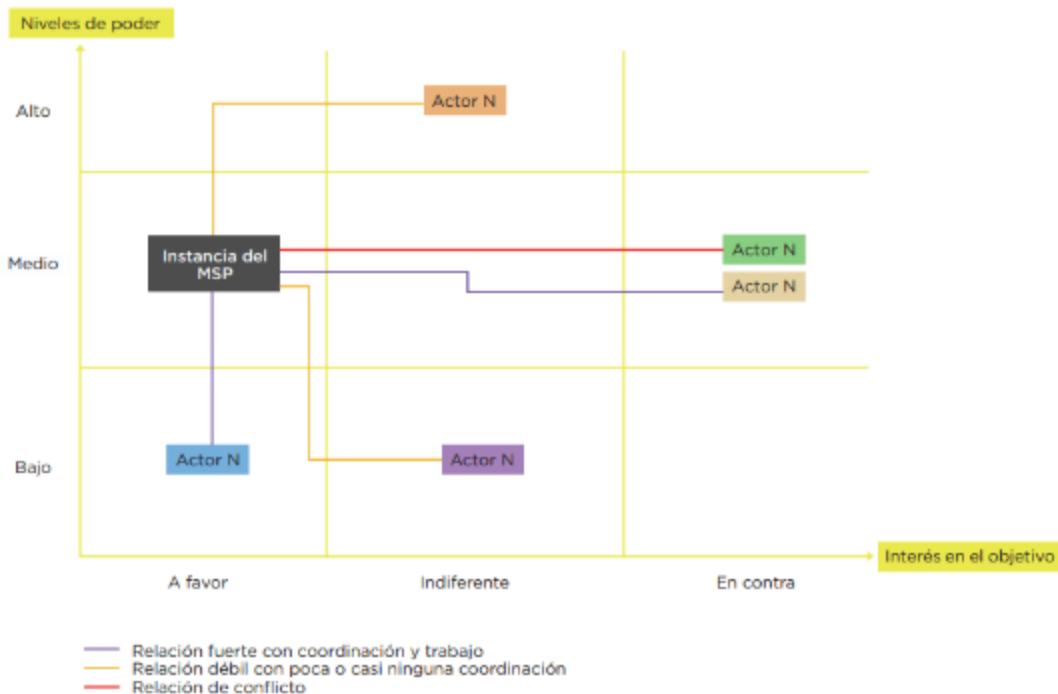


MAPEO DE ACTORES

PASO 5. Reconocimiento de relaciones sociales

Descripción	Pasos	Categorías
Identificar y analizar el tipo de relaciones entre los diferentes actores del territorio.	A partir de la matriz finalizada, se evalúa el tipo de relación que la instancia (centro de salud, dirección distrital, oficina técnica, coordinación zonal, etc.) mantiene con el resto de actores en territorio. Esto se puede evidenciar en una matriz o un gráfico.	• Relación fuerte con coordinación y trabajo conjunto. • Relación débil con poca o casi ninguna coordinación. • Relación de conflicto.

Ejemplo



MAPEO DE ACTORES

PASO 6. Reconocimiento de las redes sociales existentes

Se identifica las redes existentes y el **conjunto de acciones que deben tomar.**

Por ejemplo, es posible reconocer redes sociales que coordinan actividades en común para la gestión de riesgos en su comunidad, grupos que presentan relaciones que requieren ser fortalecidas y otros que presentan relaciones de conflicto.

A partir de esto, **se plantean estrategias para trabajar con las redes consolidadas y fortalecer las relaciones en los grupos que presentan relaciones débiles.**

MAPA PARLANTE

Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten conocer en forma gráfica a los actores sociales, el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y de protección: ambiental, estilos de vida, sanitario y biológico.

Para la elaboración de los mapas parlantes se debe utilizar los mapas disponibles en el distrito, o a su vez se los elabora conjuntamente con la población en talleres, asambleas.

En la elaboración desde cero se utiliza fuentes como datos del INEC, planos municipales, mapas de internet, etc.

El mapa parlante será actualizado periódicamente con los datos obtenidos de los diagnósticos dinámicos.

MAPA PARLANTE

Los pasos a seguir para la elaboración del mapa son los siguientes:

Paso 1. Elaboración del croquis: accidentes geográficos, ríos quebradas, viviendas, escuelas, unidades de salud, etc.

Paso 2. Proceso para la sectorización urbana y rural: Ejemplo: Numeración de manzanas, numeración de sectores, numeración de viviendas, identificación de viviendas (orden numérico), áreas dispersas (no existen manzanas se usa como referencia los accidentes geográficos).

Paso 3. Identificación de sectores y familias de riesgo: Se realiza una convocatoria a los actores de la Red a los cuales se les socializa el proceso de construcción y/o actualización de los mapas parlantes enfatizando al mismo tiempo la importancia de la participación organizada en la construcción de dichos instrumentos, la utilidad en los diagnósticos.

A CONTINUACION SE MUESTRA EJEMPLO SOBRE LA PRIORIZACION DE SECTORES.

MAPA PARLANTE

Al grupo de actores se le presenta el mapa debidamente sectorizado y numerado de las manzanas y viviendas; se solicita entonces que identifique en los sectores cuales son los de mayor riesgo utilizando la siguiente **matriz A**

SECTORES	DIFÍCIL ACCESO GEOGRÁFICO A SERVICIOS DE SALUD	POBREZA	AGUA INSEGU-RA	ELIMINACIÓN INADECUADA DE BASURA	TOTAL	ORDEN DE PRIORIDAD
SECTOR I	3+3+3=9	=3	=5	=4	21	3
SECTOR II	=12	=8	=9	=9	38	2
SECTOR III	=18	=12	=12	=14	56	1
SECTOR IV	=3	=12	=6	=3	14	4

A cada uno de los criterios se le dará una valoración de manera semicuantitativa utilizando la **escala de Liker: 1 (bajo), 2 (medio), 3 (alto)** con votación individual de los integrantes del grupo.

Luego se **sumarán horizontalmente** y el resultado se lo ubicará en la columna total. **El sector de mayor puntuación será entonces la base de trabajo del equipo y la comunidad**



SIMBOLOGÍA DEL MAPA PARLANTE



Elementos construidos

	Estanque Río ó Lago
	Charca
	Bolsa de Agua
	Arroyo
	Canal, Acequia
	Tierra Pantanosa
	Pequeña Ciénega
	Terrano Firme en Ciénega
	Fuente, Pozo
	Manantial
	Suroo Pantanoso
	Curso Temporal de Agua

Elementos de agua

	Panamericana
	Panamericana en construcción
	Carretera general
	Carretera general en construcción
	Carretera secundaria
	Carretera secundaria en construcción
	Camino grande, pista forestal
	Camino pequeño
	Senda grande
	Senda pequeña
	Senda poco visible
	Camí visible en zona de tala

ES MSP HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

HE MSP HOSPITAL ESPECIALIZADO

HG MSP HOSPITAL GENERAL

HB MSP HOSPITAL BÁSICO

CS MSP CENTRO DE SALUD

PS MSP PUESTO DE SALUD

IES IESS HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

HG IESS HOSPITAL GENERAL

HB IESS HOSPITAL BÁSICO

CS IESS CENTRO DE SALUD

PS IESS PUESTO DE SALUD

HB ISSFA HOSPITAL BÁSICO

HG ISSFA HOSPITAL GENERAL

HG ISSPOL HOSPITAL GENERAL

HB ONG HOSPITAL BÁSICO

HG SOLCA HOSPITAL GENERAL

HG UNIVERSITARIO HOSPITAL GENERAL

CS UNIVERSITARIO CENTRO DE SALUD

HG JUNTA DE BENEFICENCIA HOSPITAL GENERAL

HE JUNTA DE BENEFICENCIA HOSPITAL ESPECIALIZADO

HB MUNICIPIO HOSPITAL BÁSICO

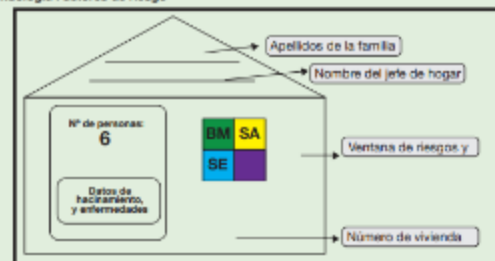
- Riesgo biomédico
- Riesgo sanitario ambiental
- Riesgo socioeconómico
- Grupos vulnerables

Ejm: en la visita domiciliar se encontró:

Persona sin vacuna
Persona con discapacidad
Persona con problema mental
Mala eliminación de excretas
Desempleo del jefe de familia

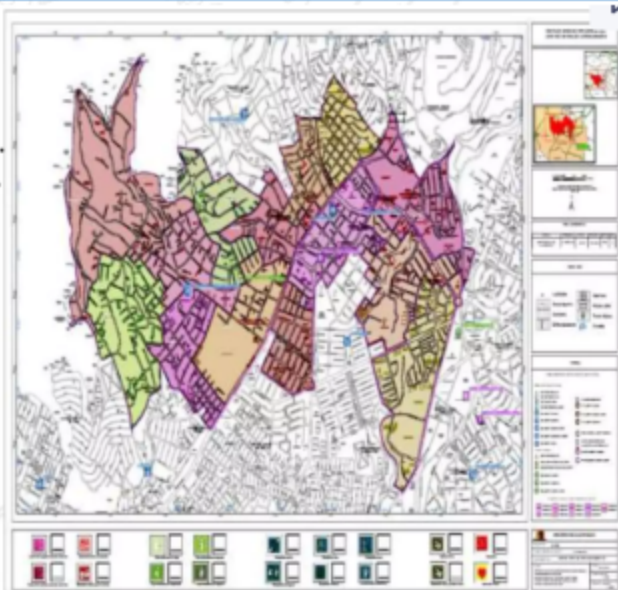
corresponde al código BM
corresponde al código BM
corresponde al código BM
corresponde al código SA
corresponde al código SE

Simbología Factores de riesgo



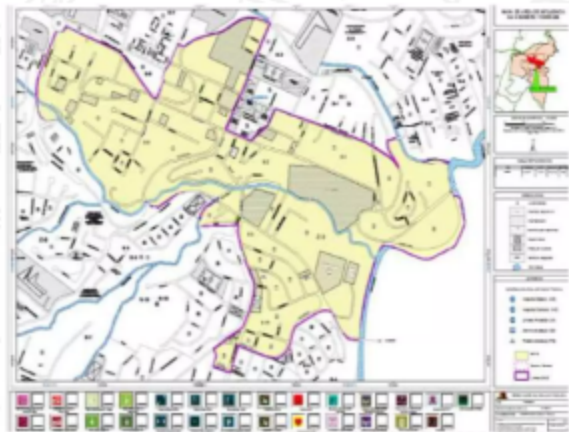
MAPA PARLANTE

**FORMATO A0 – REPRESENTA LA
UNIDAD OPERATIVA**



Dimensión: 84,1 cm – 118,88 cm

FORMATO A2 – PARA CADA EAIS



Dimensión: 42 cm – 59,4 cm

MAPA PARLANTE

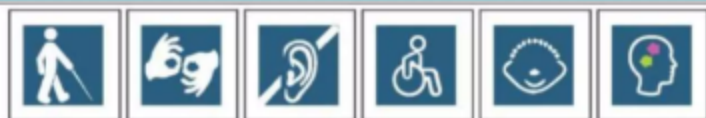
ICONOGRAFÍA DEL MAPA PARLANTE TIPO A0 – GENERAL DE LA UNIDAD



Se han excluido temas como VIH por la confidencialidad con la que se debe manejar el paciente.

MAPA PARLANTE

ICONOGRAFIA DEL MAPA PARLANTE TIPO A2 – POR EAIS



PERSONAS
CON
DISCAPACIDAD
VISUAL

PERSONAS
CON
DISCAPACIDAD
DEL
LINGUAJE

PERSONAS
CON
DISCAPACIDAD
AUDITIVA

PERSONAS
CON
DISCAPACIDAD
FISICA

PERSONAS
CON
DISCAPACIDAD
INTELLECTUAL

PERSONAS
CON
PROBLEMAS DE
SALUD MENTAL



MUJER
EMBARAZADA
BAJO



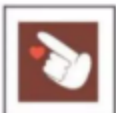
MUJER
EMBARAZADA
ALTO



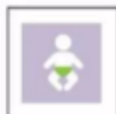
MUJER
EMBARAZADA
RIESGO



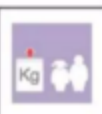
PERSONA CON
DIABETES
MELLITUS



PERSONA CON
HIPERTENSION
ARTERIAL Y DIABETES
MELLITUS



NIÑOS Y NIÑAS
MENORES
DE 2 AÑOS



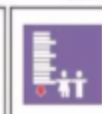
OBESIDAD
NIÑOS Y NIÑAS
MENORES
DE 5 AÑOS



OBESIDAD EN
NIÑOS Y NIÑAS
EN EDAD ESCOLAR
5 A 11 AÑOS



DESNUTRICIÓN
AGUDA DE NIÑOS
Y NIÑAS MENORES
DE 5 AÑOS



DESNUTRICIÓN
CRÓNICA DE NIÑOS
Y NIÑAS MENORES
DE 5 AÑOS



PERSONAS CON
HIPERTENSION
ARTERIAL



PERSONAS CON
TUBERCULOSIS



OBESIDAD EN
ADOLESCENTES
10 A 19 AÑOS



OBESIDAD EN
PERSONAS
ADULTAS JÓVENES
20 A 34 AÑOS



OBESIDAD EN
PERSONAS
ADULTAS MAYORES
35 AÑOS Y MÁS



NIÑOS Y NIÑAS
CON ESQUEMA DE
VACUNACIÓN
INCOMPLETA



PERSONAS CON
CONSUMO DE
ALCOHOL Y
OTRAS DROGAS



FALTA DE SERVICIOS
DE SANEAMIENTO
AMBIENTAL



PERSONAS CON
VIH



PERSONAS CON
INTENTOS
AUTOLÍTICOS /
IDEACIÓN SUICIDA



REPARACIÓN
A VÍCTIMAS



VIOLENCIA
DE GÉNERO



PERSONAS CON
RIESGO GENÉTICO



SALA SITUACIONAL

Es un **espacio, virtual y matricial** de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y **estudio de situaciones de salud**, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local **y el monitoreo y evaluación** de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.

La información es difundida y presentada **en diferentes formatos** como tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos, informes, etc.

Su objetivo es **desarrollar** una cultura de análisis y uso de la información producida en los servicios de salud institucionales y comunitarios, para que mediante la aplicación del instrumento de sala situacional, **se identifiquen las inequidades en salud y sus determinantes** y se puedan aplicar intervenciones mas costo/efectivas, mejor sustentadas con eficacia y eficiencia.

SALA SITUACIONAL

Pasos para construir una sala situacional





SALA SITUACIONAL

FUNCIONES:

- 1. Funciones preventivas:** anticipar el comportamiento de una acción en situación de normalidad, de problemas y/o de catástrofe.
- 2. Funciones reactivas:** dar respuesta pertinente, rápida, oportuna, eficiente y de calidad a las situaciones contingentes que se presenten para la ejecución de las acciones.
- 3. Funciones proactivas:** diseño de énfasis y estrategias delimitadas que permiten abordar, corregir, disminuir, neutralizar o eliminar las posibles reacciones ante una acción, así como las resistencias que su aplicación genera y los conflictos o turbulencias derivadas de potenciales catástrofes.
- 4. Funciones de abordaje crítico:** se refieren al diseño de cursos alternativos para el desarrollo de las acciones en un marco de calamidad en el entorno.

SALA SITUACIONAL

PRODUCTOS

- Fortalecer la capacidad anticipada de un problema.
- Planificación estratégica de los servicios sociales y de salud. (Necesidades)
- Intervenciones de alto rendimiento social (costo/efectivas), basadas en evidencias
- Programación integral e integrada interinstitucional e intersectorial
- Balance entre actividades preventivas y curativas
- Análisis, monitoreo y evaluación de las políticas, prioridades y compromisos de gestión.
- Incrementar la capacidad de negociación.
- Trabajar con enfoque sistémico.
- Racionalizar la inversión pública y privada.
- Estimular la participación interinstitucional e intersectorial de los diferentes actores sociales.

PREGUNTA

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) implementa herramientas metodológicas para el diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud de la población de un determinado espacio territorial en un momento dado. ¿Cuáles son las herramientas de diagnóstico y monitoreo del MAIS?

Respuestas:

- Comité de salud, diagnóstico situacional, visita domiciliaria.
- Ficha familiar, comité de salud, sala situacional.
- ASIS, diagnóstico dinámico, mapa parlante, sala situacional.
- Trabajo extramural, unidades móviles, trabajo intramural

PREGUNTA

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) implementa herramientas metodológicas para el diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud de la población de un determinado espacio territorial en un momento dado. ¿Cuáles son las herramientas de diagnóstico y monitoreo del MAIS?

Respuestas:

- Comité de salud, diagnóstico situacional, visita domiciliaria.
- Ficha familiar, comité de salud, sala situacional.
- **ASIS, diagnóstico dinámico, mapa parlante, sala situacional.**
- Trabajo extramural, unidades móviles, trabajo intramural

PREGUNTA

Relacione la herramienta metodológica con el literal respectivo:

1. Diagnóstico dinámico	a. Debe de realizarse con la participación de los actores locales y se orienta a identificar las necesidades de salud.
2. Mapa parlante	b. Es un espacio de convergencia donde se dan aproximaciones al análisis de la situación de salud en una población determinada.
3. Sala situacional	c. Son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten conocer en forma gráfica el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y protección.
4. Diagnóstico situacional	d. Se orienta la actualización periódica de la situación inicial e identificar oportunamente a los individuos y familia con posibles y potenciales riesgos.

Respuestas:

- 1b, 2d, 3c, 4a
- 1c, 2b, 3a, 4d
- 1d, 2c, 3b, 4a
- 1a, 2c, 3d, 4b

PREGUNTA

Relacione la herramienta metodológica con el literal respectivo:

1. Diagnóstico dinámico	a. Debe de realizarse con la participación de los actores locales y se orienta a identificar las necesidades de salud.
2. Mapa parlante	b. Es un espacio de convergencia donde se dan aproximaciones al análisis de la situación de salud en una población determinada.
3. Sala situacional	c. Son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten conocer en forma gráfica el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y protección.
4. Diagnóstico situacional	d. Se orienta la actualización periódica de la situación inicial e identificar oportunamente a los individuos y familia con posibles y potenciales riesgos.

Respuestas:

- 1b, 2d, 3c, 4a
- 1c, 2b, 3a, 4d
- **1d, 2c, 3b, 4a**
- 1a, 2c, 3d, 4b

PREGUNTA

Seleccione las herramientas de diagnóstico y monitoreo para la elaboración del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS):

1. Diagnóstico dinámico.
2. Mapeo de actores.
3. Mapa parlante.
4. Tarjetas de citas.
5. Sala situacional.
6. Visita domiciliaria.

Respuestas:

- 1, 2, 4
- 1, 2, 5
- 1, 3, 5
- 3, 4, 6

PREGUNTA

Seleccione las herramientas de diagnóstico y monitoreo para la **elaboración del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS)**:

1. **Diagnóstico dinámico.**
2. Mapeo de actores.
3. **Mapa parlante.**
4. Tarjetas de citas.
5. **Sala situacional.**
6. Visita domiciliaria.

0-3 grave
4-6 moderada
7-10 funcional

Respuestas:

- 1, 2, 4
- 1, 2, 5
- **1, 3, 5**
- 3, 4, 6